

Nombre _____ Día de su cita: _____

Horario de su cita: _____

SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE DOUGLAS

1133 Spruce Street; Gardnerville, NV 89410

Teléfono: 775-782-9825

***** APLICACIÓN PARA ASISTENCIA *****

Lea cada página con cuidado y conteste las preguntas. Si la respuesta es "ninguno," entonces escriba "ninguno."

Si esta llenando la aplicación para alguien mas, marque los cuadros y complete los espacios en blanco conforme apliquen ala persona de esta solicitud.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

IMPORTANTE: Por favor de traer **TODOS** los documentos que aparecen abajo el día de tu cita.

*Si no tiene los documentos requeridos y la aplicación completa,
Su cita tendrá que ser reprogramada.*

- ✓ Activos (*declaraciones de cuenta de cheques y ahorros, 401k, etc.*)
- ✓ Por lo **menos** una identificación **de todos** los miembros de familia (*licencia de manejo, acta de nacimiento, etc.*)
- ✓ Prueba de residencia del condado de Douglas (*licencia de manejo, contrato de renta, registración del auto, etc.*)
- ✓ Verificación **do todo dinero** recibido dentro los últimos 30 días por **todos** los miembros de familia (*talones de cheque, SSI, TANF, desempleo, mantención de menores, etc.*) Por favor traiga una copia de su carta de adjudicación y/o copias de los talones mas recientes.
- ✓ Registración de **todos** los vehículos (*carros, camiones, motocicletas, etc.*)

Documentos adicionales que pueden ser requeridos:

- Póliza de aseguranza
- Utilidad de facturas
- Documentación del *Welfare* o *NRHA* de Nevada
- Curriculum
- Prueba que la aplicación de TANF a sido enviada al departamento del Welfare en Nevada
- Carta y utilidad de factura del propietario
- Otros documentos: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Número de Caso: _____

Autoevaluación

(Por favor lea cuidadosamente y ponga una X en la casilla correspondiente)

Guardería o Encargado

- Cuidado de niños proporcionado por un familiar o amigo
- Inscritos en guardería
- Inscritos en cualquier cuidado infantil con licencia
- Inscritos en cuidado infantil subsidiado con licencia o opción limitada
- Inscritos en el programa después de clases
- Inscritos en guardería sin reglamento o sin licencia
- Inscritos en guardería sin subsidio pero con licencia con opción limitada
- No aplica
- No están inscritos en guardería
- En lista de espera para la guardería

Educación -adultos/jóvenes

- Certificado/licencia de formación técnica/profesional
- Diploma de preparatoria/GED
- Ninguno
- Educación vocacional, Universidad, capacitación técnica o profesional.
- Colegiatura, Licenciatura, Maestría o Doctorado
- Leer, escribir, hacer matemáticas, o analfabeto
- Leer, escribir, matemáticas, no tiene GED o diploma de preparatoria.

Asistencia de emergencia

- Situación emergente; necesito bienes básicos.
- No aplica
- Situación afirmada, recibo la **mayoría** de las necesidades básicas
- Situación afirmada; recibe **algunas** necesidades básicas
- Situación resuelta; no requerimos asistencia
- Situación urgente; necesitamos bienes básico

Empleo

- Discapacitado; recibo SSI o SSD
- Trabajo completo arriba del salario mínimo con **todos** los beneficios por parte del empleador
- Trabajo completo arriba del salario mínimo con **algunos** beneficios por parte del empleador
- Trabajo completo arriba del salario mínimo **sin** beneficios del empleador
- Trabajo completo con salario mínimo y el empleador provee beneficios
- Trabajo completo **sin** beneficios del empleador
- No es aplicable
- Tiempo medio **con** beneficios
- Tiempo medio **sin** beneficios
- Desempleado **con** historial de trabajo o habilidades
- Desempleado **sin** historial de trabajo o habilidades

Energía

- No es aplicable
- Aviso de cierre**; incapaz de pagar la factura
- Pagar las cuentas **con** plan de pago
- Pagar las facturas **con** subsidio
- Pagar las cuentas **sin** subsidio
- Utilidades desconectadas; incapaz de pagar facturas

Alimentación y Nutrición

- Capaz de pagar **cualquier** alimento sin ayuda de ningún programas
- Capaz de comprar la **mayoría** de alimentos sin programas de ayuda
- No aplicable para mi
- No puedo pagar comida; utilizo banco de alimentos, despensas, cupones de comida
- No puedo pagar comida; utilizo SNAP, WIC y/o otros programas de alimentos
- No puedo comprar alimentos

Seguro de Salud-Niños

- Todos los niños tienen seguro de salud
- No es aplicable
- Los niños no tienen seguro de salud
- Algunos niños tienen seguro de salud

Seguro de Salud-Adultos

- Todos los adultos tienen seguro de salud
- No es aplicable
- Ningún adulto tiene seguro de salud
- Algunos adultos tienen seguro de salud

Presupuesto del Hogar

- Capaz de pagar facturas; los gastos **no** exceden los ingresos; fondos discrecionales para los gastos
- Capaz de pagar facturas; los gastos **no** exceden los ingresos.
- No aplica
- Sin poder pagar **ninguna** factura; los gastos superan los ingresos
- Sin poder pagar **la mayoría de** facturas; los gastos superan los ingresos
- Sin poder pagar **algunas** facturas; los gastos superan los ingresos

Vivienda

- Propietario de condominio
- Propiedad de la vivienda cooperativa
- Juicio hipotecario
- Propietario de la vivienda
- Sin hogar
- Por elección vivo con parientes o amigos
- Viviendo con parientes o amigos debido a una crisis económica
- No es aplicable
- Alquiler de vivienda sin subsidio
- Viviendo en refugio de violencia domestica
- Vivienda sin subsidio; opción limitada debido a ingresos moderados; soy propietario
- Vivienda sin subsidio; opción limitada debido a ingresos moderados; soy inquilino
- Vivo en vivienda subsidiada y publica
- Vivo en apartamento de alquiler subsidiado
- Vivo en vivienda subsidiada de la sección 8
- Vivo en vivienda de transición
- Estoy en vivienda insegura
- Refugio temporal, es decir: hotel, motel, casa móvil

- Sin poder pagar vivienda
- Sin poder pagar vivienda subvencionada
- Sin poder pagar alquiler subvencionado

Seguro de Salud

- Acceso al mismo proveedor (hogar medico) según sea necesario
- Acceso a distintos proveedores según sea necesario
- Solo para emergencias
- Acceso limitado a proveedores; indica necesidades inmediatas
- No es aplicable
- Sin acceso debido al lugar, transportación o por limitaciones financieras

Transporte

- No es aplicable
- No hay transporte publico o privado
- Transporte publico o privado siempre disponible
- Transporte publico o privado disponible **la mayoría de tiempo**
- Transporte publico o privado disponible **en algunas ocasiones**
- Transporte publico o privado **raramente** disponible

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Apellido de soltera: _____

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Desea recibir nuestro boletín de noticias? ____ Yes ____ No

Calle y Dirección: _____
(No correo de P.O. Box)

Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de Casa #: _____ Teléfono de mensaje #: _____

Fecha de nacimiento: _____
Mes/Día/Año

Raza: Caucásico Islas del Pacifico Afroamericano Nativo americano
 Asia Oriente Otro

Origen étnico: No Hispano Hispano

Educación: Último grado escolar: _____ Diploma de preparatoria
 GED (equivalente a preparatoria) Grado asociado
 Algunos estudios universitarios/Certificado/Licencia de comercio, etc.
 Licenciatura Maestría
 Doctorado

Usted es ... ¿discapacitado/discapitada? ¿Veterano militar?

Genero: Masculino Femenino

Estado civil: Divorciado/a Casado/a
 Pareja de hecho registrada Separado/a
 Soltero/a Pareja sin casarse
 Viudo/a

Situación de Vivienda:
 Sin hogar Vivir con los demás
 El vivir con parientes Propietario de una casa
 Inquilino Albergue
 Otro

El numero total de personas en su hogar (incluyéndose usted) _____

Tipo de Familia: Familia con un padre o madre (con los niños)
 Familia con dos padres (con los niños)
 Dos familiares adultos (sin niños)
 Persona sola (vive sola o solo)
 Persona sola (con compañero de cuarto)
 Abuelos criando a sus nietos
 Familia de crianza
 Multigeneracional viviendo en una residencia
 Otros _____

Usted Tiene. . . ¿seguro de vida? ¿seguro dental? ¿seguro de auto?

Usted Tiene. . . ¿seguro medico? *Si es si, por favor especifique cual tipo (abajo):*
 Medicare Medicaid
 Privado proporcionada por el empleador
 Veteranos por parte de su pareja

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

¿Quién es el jefe del hogar?
 Yo
 Otro _____
 (El nombre)

Si es otro/otra, por favor especifique su relación con ellos/ellas:

esposo/ esposa Niños hermanos/hermanas padres suegro/suegra tío/tía
 Sobrinas/sobrinos otro/otra _____

Alguna persona de este hogar alguna vez ha recibido. . . Asistencia para la renta ¿(de alguna agencia)?
Si esta marcado, por favor conteste lo siguiente:
 ¿Cuando? _____
 ¿Donde? _____
 ¿Cantidad? _____

***** Si usted esta sin hogar o en peligro de quedarse sin hogar y esta buscando asistencia para vivienda, tendrá que completar información adicional en la pagina 6 de esta aplicación.

¿En la actualidad, la familia tiene transportación?
 Si, vehiculo privado Licencia de manejo estado y numero: _____
 Si, transportación publica
 Si, otro arreglo de transporte
 No

¿Por cuanto tiempo la familia ha vivido en el condado de Douglas? _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA (por favor complete lo siguiente para su familia **menos** usted)

Nombre (Nombre, Segundo nombre, apellido)	Genero	Relación	Fecha de nacimiento	Raza*	Educación Año Terminado	Discapacitado	¿Seguro de Vida? Tipo

* Raza
 1. Asio 2. Trigueño/Afroamericano/a 3. Oriente 4. Nativo Americano 5. Islar del Pacifico 6. Blanco

¿Alguien en su familia ha vendido alguna propiedad en los últimos 60 meses? _____

Si contesta si: Descripción _____

Valor _____

Fecha vendida _____

¿Algún familiar ha recibido asistencia del servicio social del condado de Douglas? _____

Si es así, que tipo de servicio _____ Fecha de servicio _____

EMPLEO DEL SOLICITANTE:

Empleo actual o anterior: _____

Ubicación del empleo: _____

(Ciudad, estado solamente)

Día que empezó: _____ Último día: _____

Tarifa de pago: _____ Descripción del trabajo: _____

Número de horas por semana: _____

Empleo:

- Empleado tiempo completo en dos (2) puestos de trabajo
- Empleado tiempo completo en un (1) puesto de trabajo
- Empleado a tiempo completo/un trabajo a tiempo parcial
- Empleado a tiempo parcial en dos (2) o mas puestos de trabajo
- Empleado a tiempo parcial (1) un trabajo
- Ir ala escuela o en un programa de entrenamiento de trabajo
- Desempleado y buscando empleo
- Desempleado pero sin buscar empleo
- Licencia de discapacidad Con discapacidad
- Jubilado Empleado por cuenta propia
- Trabajo por temporada (trabajo ocasional, etc.)
- Otros _____

***** Si usted esta interesado en la asistencia con la búsqueda de empleo, asegúrese de completar la información adicional en la pagina 6 de esta aplicación.

INGRESOS:

Por favor complete lo siguiente por cada miembro de su hogar, que no sea usted, que generan ingresos para su hogar (incluya los últimos 12 meses):

Miembro de la Familia	Empleador	Fechas De Empleo		Tarifa de pago	Posición
		Comienzo Mes/Día/Año	Final Mes/Día/Año		
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	

¿Ingreso mensual (incluya todos los ingresos por cada miembro de familia)? _____

INGRESOS NO GANADOS

Completar cada elemento por cada persona en casa.

	RECIBIENDO	APLICAR PARA	QUIEN	CANTIDAD (Semana/Mes/Quincena)
1. Mantenimiento de menores/Pension alimenticia				\$ Por
2. Beneficios de desempleo				\$ Por
3. Ingresos suplementarios del seguro (SSI)				\$ Por
4. Ingresos del seguro social				\$ Por
5. Cupones para alimentos				\$ Por
6. Becas de ingreso o asistencia (TANF o cuidado de niños temporal, etc.)				\$ Por
7. Beneficios de veteranos				\$ Por
8. Asistencia general para nativos				\$ Por
9. Asignación militar				\$ Por
10. Dinero o préstamos de familiares o otras personas				\$ Por
11. Pensiones de jubilación (servicios civiles, ferrocarril, militar, empleo público, Privado o Unión, Etc.)				\$ Por
12. Dinero de alquiler, arrendamientos				\$ Por
13. Margen de utilidad				\$ Por
14. Alquiler de pensionistas/inquilinos				\$ Por
15. Compensación al trabajador				\$ Por
16. Ingresos no bancarios (circule todos los que apliquen) Préstamos de día de pago, peón, préstamos de anticipación, ventas de Internet o yarda, depósitos directos, préstamos de título, préstamo de cheque, etc.				\$ Por

RECURSOS ACTIVOS

¿Usted o alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes recursos? (Marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| Cuenta de ahorros (balance _____) | Cuenta de cheques (balance _____) |
| Cuenta de Unión de crédito (balance _____) | Fondos funerarios |
| Bono de ahorros | Pólizas de seguro de vida |
| Vehículo | Dinero en mano (cantidad _____) |
| Acciones/Bonos (interés _____) | Fondos fiduciarios |
| Cuentas individuales de retiro (IRA) | Cuentas Keogh (401K) |
| Certificados de deposito (CD) | Cuentas del club de navidad |
| Cuentas individuales de dinero para nativos (IIMA) | Otro tipo de cuenta (_____) |
| Casas, terrenos o otros edificios | Pagares o contratos |
| Arrendamientos de fincas/vida | Concesiones mineras |
| Derechos de la tierra/mineral | Cajas de seguridad |
| Cuentas de cheque de negocio | Equipo de negocios/inventario |
| Ganadero/caballos | Otro _____ |

GASTOS MENSUALES:

Tipo	Cantidad Mensual	Su parte	Nombre de compañía (¿A cargo de quien se paga)?	¿Quien mas Paga?	¿Corrientes en los pagos?	¿Fuentes de ingresos para pagar este costo?
Cable/Satélite	\$	\$				
Pago del carro	\$	\$				
Tarjetas de crédito	\$	\$				
Electricidad	\$	\$				
Eliminación de basura	\$	\$				
Calefacción de gas/propano/madera	\$	\$				
Gastos de gasolina	\$	\$				
Seguro	\$	\$				
Acceso a Internet	\$	\$				
Gastos medicos	\$	\$				
Hipoteca/Alquiler	\$	\$				
Alquiler con opción a compra	\$	\$				
Alquiler de espacio	\$	\$				
Almacenamiento	\$	\$				
Teléfono/celular	\$	\$				
Hidráulicos/alcantarillado	\$	\$				
Otro	\$	\$				

VIVIENDA Y EMPLEO INFORMACION DEL PROGRAMA: (Complete solo para estos programas)

Nombre _____ **Fecha:** _____

Tenga en cuenta que si contesta SI a cualquier pregunta de abajo no le quitara ser elegible. Respuestas honestas mejor ayudaran a su trabajador del caso para desarrollar un plan y satisfacer sus necesidades individuales y de su hogar.

¿Como se entero acerca del desarrollo de trabajo de formación de empleo o vivienda (circule uno o ambos)?

Antecedentes Penales:

¿Ha sido convicto de un crimen? Si No

Si la respuesta es si, introduzca las fechas y la naturaleza del caso: _____

¿Esta bajo supervisión de libertad condicional? Si No

Si la respuesta es si, por favor proporcione el nombre e información de contacto de su agente de libertad condicional:

¿Trabajan actual mente con los servicios de protección infantil en cualquier capacidad? Si No

Si la respuesta es si, por favor proporcione el nombre e información de contacto para su tragador de caso:

Uso de sustancias ilegales:

¿Alguna vez a usado drogas o alcohol? Si No

Si la respuesta es si, ¿que tipo(s)? _____

¿Cuando fue la ultima vez que uso drogas o alcohol? _____

Salud mental:

¿Esta bajo el cuidado de la salud mental profesional? Si No

Si la respuesta es si, ¿quien es su proveedor? _____

Diagnostico(s) (opcional): _____

Por favor indique cualquier medicamento que usted tome actualmente para su enfermedad (use el reverso de la hoja si necesita más espacio para escribir los nombres de sus medicamentos):

Historia de vivienda:

¿Donde durmió anoche? _____

¿Donde dormirá esta noche? _____

¿Que ha causado a su vivienda amenazas? _____

Situación de vida/vivienda previa en los últimos 24 meses (marque todo lo que aplique):

- Albergue para desamparados Vehiculo Calle/Parque/Edificio abandonado Refugio de violencia domestica
- Hotel/Motel Casa de algún familiar Casa de un amigo/amiga Programa de vivienda transitoria
- Renta: Casa/Apartamento Propiedad de una vivienda/Hipoteca Otro: _____

¿Ha usted alguna vez sido desalojado? Si No Cuantas veces? _____

Si dice si, ¿cual fue la causa del desalojo? _____

¿Es usted elegible para HUD asistencia para la vivienda (Sección 8, subsidiadas de vivienda)? Si No

Si no, ¿cual es la razón? _____

¿Esta en lista de espera en la sección 8? Si No Si dice si, cuando se presento la solicitud? _____

Debe dinero alas impres de utilidad (gas, electricidad, propano)? Si No

Si contesta si, ¿cuanto es lo que debe? Energía (NV) \$ _____ Southwest Gas \$ _____ Propano \$ _____

¿Tienes mascotas? Si No Si dice si, número y que tipo de animal: _____

Si contesto si, ¿tienes un lugar para que permanezcan? Si No

Para todas las investigaciones de la vivienda, por favor proporcione el nombre y número de una persona para contacto de emergencia: _____

FIRMA Y AFORMACION

Iniciales:

- ___ 1. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud esta sujeta a verificación federal, de estado o funcionarios locales. Si se encuentra alguna información inexacta, se me puede negar asistencia y/o estar sujeto a proceso penal por entregar información falsa.
- ___ 2. Entiendo las preguntas de esta aplicación y las penalidades por esconder o dar información falsa. Yo certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas están completas y correctas. Estoy de acuerdo en notificar ala agencia donde hice la solicitud de asistencia de cualquier cambio en mis circunstancias de vida que puedan afectar mi elegibilidad.
- ___ 3. Entiendo que todo la información proporcionada en las (5) paginas anteriores de mi aplicación son necesarias e importantes para poder determinar mi estado de elegibilidad y cualquier cambio en mi circunstancias pueden afectar mi elegibilidad para recibir asistencia; por lo tanto, estoy de acuerdo en notificar a la oficina de servicios sociales de Douglas de cualquier cambio dentro de cuarenta y ocho (48) horas.
- ___ 4. Entiendo que tengo la obligación de informarle ala oficina de servicios sociales de Douglas si alguien más o yo inicia una acción legal en contra de alguien para la recuperación de reembolso por atención médica y tratamiento pagado por el condado. Además debo de notificar a los servicios sociales del condado de Douglas si yo o alguien en mi nombre, solicita o recibe cualquier oferta de establecimiento de dinero como reembolso por atención medica y tratamiento pagado por el programa de Medicaid del condado.
- ___ 5. Por la presente autorizo ala agencia a quien yo estoy solicitando asistencia para efectuar cualquier investigación relativa a mi u otros miembros de mi familia o hijos/padre(s) que es necesario para determinar la elegibilidad para cualquier beneficio recibido o que se recibirá bajo programas administrados por esta agencia. Por la presente yo autorizo y doy consentimiento para la publicación de toda información relativa a mi o a los miembros de mi hogar a la agencia por el titular de la información, independientemente de la forma o manera celebrada, incluyendo, sin limitaciones, información confidencial a través de la ley o de otra manera la información del paciente privilegiado bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de ley. Por la presente libero el titular de dicha información de responsabilidad como resultado de la divulgación de la información requerida. Yo autorizo ala agencia a contactar a mi empleador para obtener información sobre mi salario. Una copia reproducida de esta solicitud y autorización constituye legalmente una copia original.
- ___ 6. Yo autorizo ala división de asistencia del estado de Nevada, departamento del condado de agencias de bienestar que pueda ser elegible, intercambiar información esencial para la gestación efectiva del caso.
- ___ 7. Esta versión es valida por un periodo de un año a partir de la fecha de autorización.

Al escribir mis iniciales y firmar esta afirmación, conozco que he leído y entiendo la afirmación aquí contenida en mis deberes y obligaciones para proporcionar información actualizada.

Firma o marca del solicitante

Fecha

Estoy de acuerdo actuar en nombre del solicitante que aparece arriba.
Como representante entiendo mis derechos y obligaciones.

Firma del representante autorizado

Dirección

Ciudad

Código postal

